Aus der Kgl. Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Beitrag zur Symptomatologie der Chorea chronica progressiva (Huntingtonsche Chorea).

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Erich Fritze,

prakt. Arzt aus Quedlinburg a. H.

Kiel 1915.

Druck von H. Fiencke.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153718_0211

Aus der Kgl. Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Beitrag zur Symptomatologie der Chorea chronica progressiva (Huntingtonsche Chorea).

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Erich Fritze,

prakt. Arzt aus Quedlinburg a. H.

Kiel 1915.

Druck von H. Fiencke.

No. 16.

Rektoratsjahr 1915/16.

Referent: Prof. Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Prof. Dr. **Lubarsch,**

z. Z. Dekan.

Seiner treuen Mutter

in Liebe und Dankbarkeit gewidmet.

Die Chorea chronica progressiva wurde im Anfang des 19. Jahrhunderts zuerst von George Huntington beschrieben. Huntington, ein Arzt in Long-Island, beobachtete nämlich mehrere Fälle von einer Chorea minor-artigen Krankheit, die sich jedoch in mehreren Punkten von dieser unterscheidet. Diese Krankheit trat vorwiegend im mittleren Lebensalter auf, hatte einen fortschreitenden unaufhaltsamen Verlauf und endete mit einer völligen Demens dieser bedauernswerten Kranken.

Leider ist bis jetzt die Ätiologie der Krankheit noch sehr unklar. Es war mir daher eine besondere Freude, mich mit Fällen von Chorea chronica progressiva beschäftigen zu können, die mir Herr Geheimrat Professor Dr. Siemerling in liebenswürdiger Weise zur Verfügung stellte.

Als wichtigstes Moment für die Entstehung der Krankheit ist wohl eine erbliche, neuropathische Belastung anzunehmen. Der Ausbruch der Krankheit wird durch gewisse Reize, z. B. Gravidität, beschleunigt. Heilbronner beschrieb mehrere Fälle, in denen das Leiden erblich war, und sich in den folgenden Generationen immer erst in einem späteren Lebensalter einstellte, wie es damals auch Huntington von einer Familie zuerst berichtete. In Fällen, wo die Nachkommen der an Chorea chronica progressiva leidenden Personen verschont blieben, wurden die weiteren Generationen der Familie von der Krankheit nicht

mehr befallen. Wichtig scheint mir auch der Punkt zu sein, daß die erbliche Disposition durch Gemütserregungen, körperliche Anstrengungen, Erkältungen u. s. w. angeregt, den Ausbruch der Krankheit begünstigt.

Im Weiteren erlaube ich mir, auf die interessanten Symptome der Krankheit des Näheren einzugehen.

Ganz allmählich entwickelt sich das Leiden. Im Beginn sind die Beschwerden und Symptome so wenig ausgesprochen, daß die Kranken auf das Leiden zuerst von ihrer Umgebung aufmerksam gemacht werden. Zuerst nämlich stellen sich ganz geringe Muskelstörungen ein. Z. B. Ungeschicklichkeit bei intendierten Bewegungen, Schlenkern der Beine bei längerem Gehen, grimassenartiges Verziehen des Gesichtes beim Sprechen und Kauen. Diese Anfänge der Krankheit verschlimmern sich successive, es kommt zu choreaartigen Zuckungen und Bewegungen, die sich zuerst an Arm- oder Gesichtsmuskulatur, weniger oft an Bein- und Halsmuskulatur zeigen. Im späteren Verlauf verbreiten sich die Zuckungen über die ganze Körpermuskulatur mit Ausnahme der Augenmuskeln. Im Schlafe hören diese Zuckungen auf. Sie können auch von den Patienten willkürlich unterdrückt werden. Die Zuckungen nehmen jedoch bei Aufregungszuständen an Heftigkeit zu. Dann wird der Kopf hin- und hergeworfen, unregelmäßige Zuckungen in Arm und Bein treten auf, die Sprache ist kaum verständlich, die Patienten taumeln wie betrunken infolge der Zuckungen in Becken- und Beinmuskulatur umher. Die Intelligenz nimmt stetig ab und endet meistens mit einer völligen Verblödung der Kranken. Über Letzteres herrscht allerdings noch verschiedene Meinung.

Kattwinkel ist der Ansicht, daß eine Demens im eigentlichen Sinne des Wortes nicht vorhanden ist, sondern nur ein Mangel an Aufmerksamkeit die Verblödung vortäuscht.

Müller sagt, bei Zunahme der choreatischen Bewegungen nimmt auch die Intelligenz stärker ab.

Zum selben Resultat kommt auch Fancotte, der der Meinung ist, daß sich die Kranken durch die geistige

Unruhe nicht genügend konzentrieren könnten. In diesem traurigen Zustand fristen die Armen ihr Dasein, bis sie schließlich der Tod von ihrem schweren Leiden erlöst.

Jetzt suchte auch die pathologische Anatomie das Wesen der Krankheit zu ergründen. Boten sich doch so mancherlei Symptome, die nicht ohne nachweisliche Veränderungen im Gehirn der von Chorea chronica progressiva befallen gewesenen Menschen sein konnten.

So fand schon 1874 Golgi eine Scheitel- und Stirnlappenatrophie, Verdickung der Gefäßwände und in den perivaskulären Lymphräumen eine gewaltige Ansammlung von Blutkörpern. Greppin beschreibt in einem Fall herdweise Ansammlung von zelligen Elementen in der grauen Substanz, die in das Gewebe einwuchern, viele perivaskuläre und zelluläre Räume ausfüllend. Durch den dadurch bedingten Druck war Atrophie des Nervengewebes die Folge.

Klebs konnte verwachsene und scharfumgrenzte Neubildungen der Zellen in der weißen Substanz nachweisen.

Maclod (1881) fand mehrere fibröse Tumoren in der Dura mater. Abplattung der grauen Substanz, der grauen Substanz in den beiden Zentralwindungen und der ersten und zweiten Frontalwindung. Ferner gab er bei einem anderen Fall eine Blutzyste in der Dura mater, Hydrocephalus internus, Verdickung der Pia und Abflachung der Hirnwindungen im oberen Scheitellappen an.

Huber (1887) fand eine Lepto- und Pachymeningitis.

Oppenheim und Hoppe veröffentlichten im Jahre 1893 als Sektionsbefund eine chronische, teils diffuse, teils disseminierte Encephalitis corticalis und subcorticalis mit Atrophie der Hirnrinde.

Kronthal und Kalischer wiesen eine Verdickung und bindegewebige Entartung der Gefäße, Atrophie und Kernwucherung in der Rinde nach.

Wallenberg und Foclam beschreiben bei einem Fall von Chorea chronica progressiva als pathologisch-anatomischen Befund eine Gefäßentartung und eine diffuse oder disseminierte Encephalitis.

Kattwinkel gibt bei einem Fall Rindenatrophie, Rundzelleninfiltration und dadurch bedingte Kompression von Ganglienzellen an (1900).

v. Weidenhammer beschreibt als pathologisch-anatomischen Befund eine Verschmälerung der Rinde in den frontalen und zentralen Windungen, verringerten Umfang des Gehirns, Trübung und Verdickung der weichen Hirnhäute und Hydrocephalus internus. Mikroskopisch fand er eine Verdickung und hyaline Entartung der Gefäße und eine Vermehrung der Gliakerne in der Rinde des Kleinhirns und im Rückenmark.

Stier ist zu folgendem Resultat gekommen: »Die Krankheit beruht auf einer anormalen Anlage der motorischen Rindencentren. Sie beginnt in diesen Teilen des Gehirns mit einer Wucherung der Neuroglia, welche teils diffus, teils disseminiert ist. Gleichzeitig treten Veränderungen der Gefäße mit Auswanderung lymphoider Zellen in das perivaskuläre Gewebe, häufig auch mit Hämorrhagien auf. Dabei kommt es zum Untergang der kleinen und mittleren Ganglienzellen. Nervendegeneration im Gehirn und Rückenmark, Atrophie des Gehirns und Beteiligung der Hirnhäute soll die Folge längeren Bestehens dieser Erkrankung sein.«

1905 beschreibt Duvat in zwei Fällen Gliawucherung und Ganglienzellenveränderung

1910 beschreibt Raecke als pathologisch-histologischen Befund eines typischen Falles von Chorea chronica progressiva folgendes: Das Rückenmark und periphere Nervensystem war kaum verändert, dagegen fanden sich in der Rinde und besonders in der Pyramidenschicht der motorischen Zentren riesige Kernanhäufungen. Die Gefäße zeigten keine entzündliche Veränderung. Dagegen fand chronische Ganglienzellenerkrankung und diffuser Faserausfall statt.

Einen degenerativen Prozeß am Nervengewebe der Hirnrinde, am corpus striatum und der regio subthalamica gibt Alzheimer (1911) an.

Stahl (1914) stimmt mit Raecke überein, daß die Kernansammlung in der Rinde, die fast von allen Autoren

erwähnt ist, ein Charakteristikum für die Huntingtonsche Chorea ist. Es handle sich hierbei um eine sekundäre Wucherung der Glia nach Untergang des nervösen Parenchyms.

Die Prognose der Chorea chronica progressiva ist quo ad vitam nicht schlecht. Die Krankheit ist progredient, kann Jahrzehnte dauern, endet jedoch stets tödlich.

Jetzt sei es mir erlaubt, den Ausgang eines bereits von E. Fiedler in den Anfangsstadien bekannt gegebenen Falles, und ferner noch einen zweiten, beide aus der psychiatrischen Klinik zu Kiel, die mir Herr Geheimrat Prof. Dr. Siemerling in liebenswürdiger Weise zur Verfügung stellte, zu veröffentlichen.

Landmann Heinrich F., 24 Jahre alt, Krankheitsdauer vor der Aufnahme 2 Jahre, wurde am 10. März 1905 in die Klinik eingeliefert.

Die Anamnese, abgegeben vom Vater, ergab Folgendes: Heredität, Potus, Trauma negiert. Als Kind Masern, sonst nie krank. War 2 Jahre (1901—1903) Soldat.

1896 fiel den Eltern auf, daß Patient mit den Augen blinzelte (15 J.). Die Eltern hielten es für eine »schlechte Gewohnheit.« Es blieb bis zum 20. Jahr dasselbe, ohne wesentlich zuzunehmen. Als Patient vom Militär zurückkam, (1903), war es bedeutend schlimmer. Es zuckte auch in der linken Backe, seit Herbst 1904 auch Zucken in den Händen. Seit einiger Zeit sehr schweigsam, unfreundlich und zurückgezogen. Gefragt sagt er, er ärgere sich über sein Leiden. Bisweilen traurig. Kein Taedium vitae. Hat sich Weihnachten 1904 verlobt, zuerst ganz heiter, seit Februar aber wieder recht traurig und verstimmt.

Patient kommt in Begleitung seines Vaters. Es fällt auf, daß er mit kurzen Unterbrechungen energischen Lidschlag ausführt. Gleichzeitig bestehen Zuckungen in der Umgebung der Augen, der Stirn und der linken Gesichtshälfte, besonders am linken Mundwinkel. Die rechte Gesichtshälfte bleibt frei. Die Zuckungen werden besonders

stark beim Sprechen und übertragen sich auf die Hände. Die Sprache ist dadurch sehr gestört. Patient spricht abgerissen in Worten und Silben. Einen ganzen Satz kann er nicht glatt aussprechen. Eine Unterhaltung ist deshalb mit ihm schwierig.

Gibt an, daß auch das Sehen durch diese Zuckungen gestört sei. Er könne oft schlecht eine Vorstellung von Lage und Größe der Dinge bekommen, dies sei »Glückszufall«, daß er ohne Zuckungen einige Augenblicke ruhig sehen könne. Die Sehkraft sei ungeschwächt.

Wenn er stark an etwas anderes denke, lassen die Zuckungen nach. Im Schlaf fehlen sie gänzlich.

Die Zuckungen hätten nach der Konfirmation ganz wenig in den Augenlidern begonnen. Hielt es anfangs für Angewohnheit. Ging dagegen an. Konnte die Zuckungen anfangs unterdrücken, dann nicht mehr.

Wenn er seine Aufmerksamkeit auf die Zuckungen richtete, wurden sie besonders schlimm. Es ging bis zur Militärzeit, nach derselben nahmen sie immer zu, waren am stärksten, wenn er sich in Gesellschaft befand, blieb deshalb lieber allein und zog sich zurück. Wurde traurig, wenn er an sein Leiden dachte und mußte oft weinen. Verlobte sich Weihnachten 1904. Im Januar 1905 waren die Zuckungen ein wenig geringer geworden, er war ganz heiter. Im Februar aber hätten sie sehr zugenommen.

Eine zeitlang habe auch Zucken im Nacken begonnen. Der Kopf wurde ruckartig nach hinten und zur Seite gezogen, dies sei völlig geschwunden.

Status: Kräftiger Knochenbau, gut entwickelte Muskulatur, normale Farbe der Haut und sichtbaren Schleimhäute.

Größe: 167,6 m, Gewicht 63 kg, Temperatur: 37° C.

Kopf auf Beklopfen nicht empfindlich. Umfang: 18 : 14½ : 53 cm. Pupillen mittelweit, gleich, rund. Reflexe auf Licht und Konvergenz vorhanden. Augenbewegungen frei. Kein Nystagmus.

Nasolabialfalte beiderseits gleich verstrichen. Linker Mundwinkel etwas besser innerviert als rechter. Zuckungen und Sprache s. o.

Gaumen leicht entzündet, beiderseits gut gehoben. Tonsillen und Rachen leicht gerötet. Zunge kommt nach links, zittert. Reflexe der oberen Extremitäten vorhanden. Abdominal- und Kremasterreflex ebenfalls vorhanden. Kniephänomene lebhaft. Achillesreflex vorhanden. Zehen plantar.

Beim Ausstrecken der Hände kein Zittern in den Fingern. Wenn Patient nach etwas greifen will, bisweilen zuckende Bewegungen in den Armen. Herztöne rein. Puls 88, regelmäßig, von guter Spannung. Leber, Lungen, Milz ohne Besonderheiten. Motilität und Sensibilität intakt. Urin frei von Eiweiß und Zucker.

11. III. Patient hat gut geschlafen. Beim Sprechen fällt auf, daß Patient, sobald die Sprache durch die Zuckungen unterbrochen wird, den hinteren Nasenraum abschließt und dann ruck- oder stoßweise die Luft durch die Nase entweichen läßt.

13. III. Schlaf gut. Zuckungen im Gesicht heut morgen geringer. Gestern sehr traurig, weinte viel, sei unglücklich über seine Krankheit.

15. III. Patient meint, daß er heute nachmittag besser habe sehen können, er wurde sich schneller klar über das, was er sah. Die Zuckungen seien auch weniger gewesen. Schlaf, Appetit gut. Stuhl regelmäßig, Stimmung etwas hoffnungsvoller.

17. III. Habe in der Nacht nicht gut geschlafen, hatte gestern Besuch von seinem Vater. Nachher etwas traurig gestimmt. Bewegungen und Zuckungen heute etwas geringer.

21. III. Auf Aufforderung gelingt es, fast 3 Minuten völlige Ruhe der Gesichtsmuskulatur inne zu halten. Beim Sprechen nachher sind die Bewegungen um so lebhafter, besonders das stoßweise Entweichenlassen der Luft durch die Nase nach vorherigem Abschluß des hinteren Nasenraumes. Die linke Gesichtshälfte ist mehr beteiligt als die rechte.

Auf Befragen, bei allem, was er tue, wenn er gehe oder schreibe, bestände immer diese Bewegung im Gesicht, nur nicht, wenn er etwas denke, was ihn interessiere, dann hörten sie auf. Er bemühe sich den ganzen Tag, an »etwas anderes« zu denken oder die Bewegungen zu unterdrücken, indem er das Gesicht ganz ruhig halte. Es gelinge ihm nur schwer. Im Schlafe fehlen die Bewegungen. Appetit und Schlaf gut.

25. III. Patient hat mehrfach in den letzten Tagen Besuch gehabt. Danach immer sehr traurig gestimmt, die Übungen zur Ruhigstellung der Gesichtsmuskulatur gelingen nur ca. 1½ Minuten. Patient klagt, die Bewegungen beherrschen seine ganze Stimmung. Wenn er zur Kirche gehe, höre er wohl, daß der Pastor spricht, verstehe aber nicht, was er spricht und könne auch nicht folgen; es sei denn, daß die Bewegungen nachließen, dann verstehe er auch, was er höre. Ebenso sei es auch mit dem Sehen. Wenn die Bewegungen bestehen, sehe er wohl, werde sich aber nicht klar darüber, was er sehe, bekomme keine Vorstellung von der Gestalt des wirklich Gesehenen. Wenn er im Dunklen sich durch Fühlen über die Gestalt eines Gegenstandes orientieren will, dann werde er sich zur Zeit der Bewegungen nicht klar darüber, was er fühlt, nur, wenn diese aufhören.

30. III. In den letzten Tagen ruhiger. Die Übungen gelingen besser. Patient vermag gut 3 Minuten das Gesicht völlig ruhig zu halten. Es bestehen dabei nur hin und wieder kleinste Zuckungen um die Augen herum und in den Lidern.

Die Versuche, langsam und deutlich zu sprechen, gelingen schlecht und werden fortwährend unterbrochen durch ruckweises Hervorstoßen der Luft durch die Nase. Schlaf und Appetit gut.

4. IV. Die Übungen zur Ruhigstellung der Gesichtsmuskeln gelingen höchstens nur 3 Minuten, die kleinen fortwährenden Zuckungen dabei stärker als früher. Es wird dem Patienten ein kleines Gedicht langsam und laut vorgelesen. Nach dem Inhalt befragt, sagt Patient, er habe

wohl Worte gehört, werde aber durch seine Zuckungen gehindert, was er höre, zu verstehen. Wenn sein Gesicht ruhig sei, könne er alles verstehen. Ebenso kurze Sätze, wenn er angestrengt aufpasse. Auch wenn Leute miteinander sprechen, verstehe er oft nicht, worüber sie sich unterhalten.

Patient liest dann selbst das Gedicht laut, dabei sehr lebhafte Zuckungen in der gesamten Gesichts- und Augenmuskulatur, auch ruckartige Bewegungen des Kopfes nach hinten und zur linken Seite, desgleichen stoßende Bewegungen in den Armen und unruhiges Bewegen der Finger. Alle diese Bewegungen, besonders aber in Schlund- und Gaumenmuskulatur, unterbrechen sehr häufig das Lesen und sind dann gerade am stärksten, um einen Augenblick nachzulassen, während Patient gerade liest. Somit geschieht das Lesen in kurzen Absätzen ruckweise, nur wenige Worte mit sichtlicher Anstrengung. Die Worte selbst werden etwas verwaschen, nicht klar und scharf akzentuiert hervorgestoßen. Darauf nach dem Inhalt gefragt, kann ihn Patient nicht angeben. Sagt, auch schon in der Schule habe er beim lauten Lesen nie gewußt, was er liest.

9. IV. Die Bewegungen bestehen in gleicher Weise fort. Des Morgens geringer, am Tage mehr. Jede Tätigkeit, Spazierengehen, ruft eine Steigerung der Bewegungen hervor. Patient hat häufig Besuche von Verwandten. In der Unterhaltung dann anfangs besser, nachher schlechter. Prüfung der Hörschärfe ergibt, nachdem die Ohren mehrfach mit Sodalösung ausgespritzt sind:

Uhrticken: rechts 2 cm, links 3 cm.

Stimmgabel hört Patient, wenn sie auf die Schläfenbeinschuppe, Proc. mast. und Scheitel gesetzt sind, also durch Knochenleitung besser, als dicht vor dem Ohr, und zwar hört er die tiefen Töne besser, als die hohen.

Auf Befragen, er habe schon in der Schule schlecht gehört. Wenn andere ihm etwas zuflüsserten, konnte er es nie verstehen. Bedeutend schlechter sei es nach seiner Dienstzeit geworden. Bei der Artillerie. Führt es aufs Schießen zurück. Mutter, Schwester und Onkel mütter-

licherseits hören auch schlecht. Vater höre gut. — Schlaf, Appetit stets gut.

11. IV. Die Ohrenuntersuchung von Herrn Professor Friedrichs ergibt: Verkürzung der Hörschärfe für tiefe und eine sehr starke für hohe Töne. Beiderseits fast gleich stark, ohne bemerkenswerte Veränderung am Trommelfell. Ohraffektion, vielleicht abhängig von der Dienstzeit.

Von vorgeschlagener Behandlung mit Massage des Trommelfells wird mit Rücksicht auf die choreatischen Zuckungen Abstand genommen.

16. IV. In letzter Zeit öfter traurig gestimmt. Es sei immer so, bei allem, was er gegen sein Leiden getan habe, daß anfangs eine geringe Besserung, nachher wieder Verschlechterung eintrete. So sei es auch hier. Es sei nicht besser geworden. Vielleicht anfangs ein wenig. Jetzt werde es immer schlimmer. Läßt sich leicht trösten, stets willig und geduldig.

22. IV. In den letzten Tagen ein wenig besser. Die Übungen zur Ruhigstellung der Gesichtsbewegungen gelingen fast 3½ Minuten, doch ist Patient schwer davon zu überzeugen. Meint, es sei immer so gewesen, daß es bald besser, bald schlechter ginge, dafür seien die Zuckungen in den Armen und Händen jetzt häufiger. Er merke es besonders beim Waschen, wobei er das Wasser aus der Hohlhand herausschütte und nicht bis zum Gesicht bringen könnte. Ebenso merke er es beim Anziehen. Auch das Sprechen sei schlechter geworden während seines Hierseins. Patient quält sich mit der Vorstellung, daß es nur der Gedanke an sein Leiden sei, welcher das Leiden hervorrufe; und wenn er den Gedanken loswerden könnte, sei er auch von seinem Leiden befreit. Ist schwer davon abzubringen, daher auch oft deprimiert. Schlaf und Appetit ist stets gut.

29. IV. Zuckungen in letzter Zeit eher stärker, nicht nur im Gesicht, auch in den Armen, seltener in den Beinen. Augenmuskeln sind frei. Die Stimmung ist etwas besser. Patient möchte nach Haus und sich in der Landwirtschaft beschäftigen.

4. V. Vom Vater abgeholt. Gebessert entlassen.

Der Vater findet namentlich die Stimmung des Patienten viel besser.

Therapie: Täglich abends 1 Eßl. mittlere Bromlösung, morgens Abreibung 24° C., Täglich 3 × 1 Pille Scopolamin.

Fall II.

Dieser Fall ist im ersten Teil seines Verlaufs mitgeteilt in der Dissertation von Erich Fiedler. Es handelt sich um eine Patientin Hedwig St. Die Chorea chronica progressiva brach bei ihr im Herbst 1907 aus. Erbliche Belastung lag nicht vor. Die Zuckungen hatten, wie aus den Mitteilungen hervorgeht, einen hohen Grad erreicht. Die psychischen Störungen waren sehr ausgesprochen. Der weitere Verlauf gestaltete sich folgendermaßen:

31. III. 1909. Zuckungen unverändert, versichert trotzdem täglich, es gehe ihr gut.

3. IV. Begrüßt den Arzt immer freundlich, wird abweisend, sobald man sie etwas fragt.
(5 mal 6?) Ach gehen Sie, das wissen Sie ja!

8. IV. Gang sehr unsicher, lebhafte choreatische Zuckungen. Sehr eigensinnig, uneinsichtig, dement. Weigert sich heftig, in die Villa überzusiedeln.

18. IV. Gutmütig, freundlich, solange man ihr willfährt, heftig, erregt, wenn ihr etwas wider den Strich geht.

23. IV. Lief auf dem Flur umher, ärgerlich, als sie zurückgebracht wurde, schlug die Pflegerin, behauptete dann, sie sei auf den Kopf geschlagen worden, schimpft dann immer erregter, weint, schreit, wirft mit Pantoffeln. Verlegt ins Isolierhaus.

27. IV. Wiederholt Streitigkeiten mit anderen Patientinnen. Schimpft heftig, ganz heiser vom Schreien. Bittet um Verlegung nach der Villa, will dann aber nicht mitgehen, hat sich anders entschlossen.

29. IV. Dement, einsichtslos. Ruft trotz völliger Heiserkeit dem Arzt entgegen: »Geht gut, Herr Doktor!«

3. V. Verhält sich ruhiger, grüßt täglich den Arzt mit zappelnden Bewegungen: »Geht gut, Herr Sch.!« Ist beleidigt, wenn sie sich vom Arzt übersehen glaubt.

13. V. Zankt sich öfters mit den andern Patientinnen, wird leicht aggressiv.

19. V. Über der rechten Schulter großes Furunkel, bereits im Abheilen begriffen.

24. V. Häufig im Garten, verhält sich zur Zeit friedlich.

15. VI. Klinische Vorstellung. Geht erst auf vieles Zureden, sagt, sie wolle sich nicht von den Studenten begucken lassen.

18. VI. Guter Stimmung, geht häufig im Garten spazieren.

26. VI. Gleichmäßiger guter Stimmung.

3. VII. Abends sehr erregt, behauptet, eine andere Patientin habe sie nicht baden lassen, habe sie geschlagen. Schimpfte und schrie so laut, daß sie alle anderen Patientinnen störte. Verlegung nach dem Isolierhaus.

4. VII. Im Isolierhaus guter Stimmung.

8. VII. Hält sich öfters im Garten auf, dauernd ruhig und guter Stimmung.

13. VII. Gerät wegen Kleinigkeiten in hellen Zorn. Einer Patientin, die ihr die Zeitung herausreißt, versucht sie sofort, den Stuhl auf den Kopf zu schlagen.

17. VII. Ruhig und heiter.

23. VII. Verlegt nach Villa I.

26. VII. Verträgt sich jetzt gut mit den andern Patientinnen.

4. VIII. Als sie wegen Platzmangels in ein anderes Zimmer verlegt werden soll, wird sie sehr aufgeregt, schreit laut. Nach dem Isolierhaus verlegt.

9. VIII. Im Isolierhaus verträglich und ruhig.

15. VIII. Gerät über Kleinigkeiten in heftigen Zorn. Als eine andere Patientin (eine Manische) sie mit Frau Hedwig anredet, schimpft sie über die »freche Person« und verlangt, von dieser getrennt zu werden.

27. VIII. Ruhiges, gleichmäßiges Verhalten.

Nach Villa II verlegt.

5. IX. Verschiedene Patientinnen beklagen sich wieder über das reizbare Wesen, das bei geringfügigen Anlässen bei Patientin zu Tage tritt.

18. IX. Heute wieder erregt, will mit Stühlen nach der Pflegerin schlagen, behauptet, dieselbe habe sie geschlagen. Nach dem Isolierhaus verlegt.

25. IX. Wieder nach der Villa. Ist wieder ruhig.

27. IX. Hat heute früh das Nachtgeschirr, welches sie in der Hand trug, im Zorn kaputt geschlagen, weil die Pflegerin fragte, wem dasselbe gehöre.

10. X. In den letzten Tagen nichts Besonderes. Begrüßt immer mit zappelnden Bewegungen, die sehr den ruckartigen Bewegungen des Hampelmanns gleichen, mit lachendem Gesicht den Arzt. »Geht gut, Herr Doktor, geht gut!«

14. X. Ißt einer Patientin eine Düte Bonbons weg, schlägt sie obendrein und behauptet nachher heulend, sie sei von der Patientin geschlagen worden.

17. X. Wegen grundloser Erregung wieder nach dem Isolierhaus.

19. X. Nach Baracke II.

22. X. Ruhig, freundlich, versucht etwas zu stricken, putzt die Türklinken. Sie könne das sehr gut, sei früher Köchin gewesen. Choreatische Zuckungen in unverminderter Stärke.

23. X. Verlegt nach der Villa.

29. X. Hält sich ruhig, hilft, soweit es ihre ausfahrenden Bewegungen zulassen, bei der Hausarbeit.

6. XI. Bat vorgestern plötzlich um ihr Zeug, sie wolle in die Stadt, sich eine Stellung suchen, sei völlig gesund. Andere Patienten, die noch lange nicht geheilt wären, würden entlassen, sie sitze hier schon ein halbes Jahr (über 1 Jahr!), werde unnützerweise festgehalten.

Gestern sehr erregt, weil ihr das Zeug nicht ausgehändigt wurde, ließ sich aber rasch beruhigen. Wollte sich heute morgen nicht waschen, schimpfte auf Vorhaltungen heftig, entschloß sich dann aber, sich zu waschen.

14. XI. In letzter Zeit gleichmäßig ruhig.

27. XI. Unverändert.

1. XII. Heute wieder ohne äußere Ursache (sehr schlechtes Wetter?) schlecht gestimmt, will ihre Kleider haben, schimpft, will einen Dienst antreten.

3. XII. Nicht zu bewegen, zum Zwecke einer Vorstellung in der Mediz. Gesellschaft, in den Wagen zu steigen. Schimpft, glaubt, sie werde in eine Anstalt gebracht. Isolierhaus.

5. XII. Verlangt nach Entlassung, will als Köchin in den Dienst.

12. XII. Hilft im Hause etwas mit, sehr ungeschickt dabei, reißt Gardinen herunter.

18. XII. Gegen die Abteilungspflegerin sehr gereizt, schlägt andere Patientinnen blau. Heute nach der Villa zurück.

30. XII. Schreibt unleserliche Briefe.

14. I. 1910. Im allgemeinen etwas gereizter Stimmung, da man sie ihrer Meinung nach grundlos hier behält, während sie doch ganz gesund ist.

26. I. Schlägt und kneift eine Patientin; nach der Baracke verlegt.

28. I. Soll nach der Villa zurück, wehrt sich, schreit, fuchtelt wütend in der Luft herum, schreit um Hilfe.

8. II. Ist in den letzten Tagen wieder ruhig und freundlich gestimmt.

25. II. Ruhig.

14. III. Schilt in letzter Zeit wieder mehrfach heftig, weil die Pflegerin sie nicht jederzeit nach ihrem Willen in den Garten läßt.

2. IV. Ist wieder ruhig und geordnet. Euphorisch.

10. IV. Unverändert.

16. IV. In den letzten Tagen Klagen über Kopfschmerzen. Kein objektiver Befund. Puls etwas beschleunigt. Auf $2 \times 1{,}0$ Salipyrin sofort Besserung.

30. IV. Schläft nachts unruhig, bringt dauernd ihr Bettzeug durcheinander. Schilt, wenn man ihr Schlafmittel geben will.

30. V. Gleichmäßig gut gestimmt, dement, euphorisch.

1. VII. Dauernd gleichmäßig euphorisch gestimmt. Dement.

Klinische Vorstellung. Geht diesmal gern mit hinauf. — Hält sich den ganzen Tag im Garten auf. Beschäftigt sich nicht; starke choreatische Unruhe.

10. VII. Fängt bei der Visite plötzlich heftig an zu schimpfen, will ihre Kleider haben, sofort entlassen werden, wolle als Köchin arbeiten. Schlägt mit der Faust auf den Tisch. Nach dem Isolierhaus.

15. VII. Wieder ruhiger. Nach der Villa.

4. VIII. Dement, euphorisch. Spricht nicht gern von ihrer Krankheit. Beschäftigt sich wenig. Choreatische Unruhe ziemlich stark, besonders beim Gehen. Sprache ziemlich stark beteiligt.

16. VIII. Sehr unverträglich. Schlägt andere Patientinnen.

27. VIII. Andauernd zufriedener, glücklicher Stimmung. Sagt bei jeder Visite, es gehe gut.

6. IX. Glaubt, ihre Zuckungen seien jetzt nicht mehr vorhanden, es gehe ganz gut.

10. IX. Versteckt allerlei Gegenstände, Kämme u. s. w. in ihren Strümpfen. Einmal anektiert sie sich sogar ein künstliches Gebiß.

26. XI. Stellt sich vor eine moribunde Kranke, die noch vollständig bei Bewußtsein ist, hin, und ruft laut: »Herrje, die sieht ja aus wie der Tod!«

23. XII. Nach der Weihnachtsfeier sehr lustig, tanzt im Saal umher, hält den Rock hoch.

6. II. 1911. Zerrt mehrfach eine melancholische Patientin an den Haaren, hat keine Einsicht.

16. II. In letzter Zeit ruhiger, meist etwas schläfrig.

27. II. Euphorisch, keine Schläfrigkeit mehr. Gibt täglich in derselben Weise die Hand, lehnt den Oberkörper

etwas zurück, den rechten Arm an den Oberkörper und streckt in dieser Stellung, wie ein Hampelmann sich vorbeugend, die Hand vor.

3. IV. Glaubt in letzter Zeit, ein Kind geboren zu haben, es stamme von Prof. R. Behauptet, das Kind liege neben ihr.

5. IV. (Verlobt mit Prof. R.?) »Ja« (lacht unbändig).

(Seit wann?) »seit voriges Jahr, nein, seit dieses Jahr nach Weihnachten.

(Wie lange her?) »4 Wochen nach Weihnachten habe ich mich verlobt.« (Hat er ja gesagt?) lacht unbändig, »Ja!«

(Kind geboren?) »Ja, auch von Prof. R., unter der Matratze hat es gelegen.«

(Wo ist es jetzt?) »Jetzt ist es in Kiel in Pflege gegeben,« (lacht), eine Fr. Mutter in der Bergstraße.

(Wann war die Geburt?) »4 Wochen nach Weihnachten. Wir verkehren schon 2 Jahr.«

14. IV. Hält an der Idee fest.

26. IV. Steckt heute den Kopf durch die Gitter einer Zelle. Bekommt Hautlappenwunde am Ohr.

13. V. Unverändert, macht dauernd ausfahrende Bewegungen mit dem ganzen Körper, die sich bei Anrede steigern.

1. VIII. Schlug wiederholt andere Patientinnen, ist sonst unverändert. Muß wegen des agressiven Verhaltens isoliert werden.

3. VIII. In der Zelle anfangs gleichgültig, ruhig. Verhält sich, wenn sie mit anderen Patientinnen zusammenkommt, immer noch agressiv. Heute gibt sie keine Antwort, läuft weinend in der Zelle umher.

5. VIII. Geht jetzt wieder mit in den Garten. Schlägt nicht mehr. Wesen unverändert, häufig läppisch.

10. VIII. Unverändert. Häufig läppisches Wesen. Keine aggressiven Handlungen gegen andere Patientinnen, sonst unverändert.

5. IX. Schlug in der letzten Zeit wiederholt andere Kranke, mußte deshalb isoliert werden, sonst unverändert.

20. IX. Vollkommen unverändert, aber gegen die anderen Kranken weniger aggressiv.

28. IX. Unverändert, aber freundlich und zugänglich. Nahrungsaufnahme und Appetit gut.

2. X. Plötzlich lebhafter Erregungszustand. Empört, daß ihr die Pflegerin keine Sachen geben will. Will sofort entlassen werden, eine Stellung annehmen. Quieken, Schreien, Schimpfen Erhebliche Steigerung der plumpen, übertriebenen, zappelnden, choreatischen Bewegungen. Läuft auf und ab, zupft an dem Bettzeug, zeigt starken Affekt. Beruhigt sich nach einer Stunde von selbst.

15. X. 1912. Die choreatischen Zuckungen bestehen in unverminderter Stärke fort. Auch psychisch ist kaum eine Änderung eingetreten. Oft schlägt Patientin in rücksichtsloser Weise auf andere Kranke ein. Zu anderen Zeiten ist sie freundlicher, immer drängt sie sich an die Visite, sucht die Hand des Arztes zu erfassen, um ihn zu begrüßen.

15. XI. Furunkel auf der rechten Wange. Stehltrieb zeigt sich in letzter Zeit wieder stark.

18. I. 1913. Patientin legt bei der Visite stets großen Wert darauf, von den Ärzten begrüßt zu werden, ruft mitunter schon aus einiger Entfernung: »Guten Tag Herr Dr. St.!« — Die Zuckungen sind noch recht stark. Patientin vermag das Essen nur immer mit gewissen Schwierigkeiten — sozusagen mit den Armen balanzierend — einzunehmen. Trotzdem verschüttet sie oft, sodaß ihre Jacke stets reichlich befleckt ist, obwohl Patientin täglich eine reine bekommt. Die Zuckungen werden bedeutend stärker, wenn Patientin zum Baden gebracht werden soll, oder wenn jemand ihr Essen fortnehmen will. Sie gerät dann sofort in höchste Erregung und schreit mit durchdringender Stimme. Mit Frau D. bändelt Pat. manchmal an, um sie zu ärgern, freut sich dann sehr, wenn Frau D. zu schimpfen anfängt. Stimmung von Patientin meist euphorisch, nimmt an den morgendlichen Gängen im Garten des Isolierhauses teil.

21. III. Keine Änderung zu konstatieren, Zuckungen dauern an, steigern sich bei Erregungen. Patientin ist meist freundlich, lächelt bei der Visite. Aber leicht reizbar, besonders, wenn sie baden soll, mitunter außer sich. Stets große Zuneigung zu dem Essen der anderen Patientinnen, auf das sie sich wie eine Harpyie stürzt.

4. IV. Keine nennenswerte Änderung.

14. IV. Gedächtnis der Patientin leidlich. Sie beantwortet Fragen sinngemäß, außer solchen, die ihr nicht angenehm sind, die sie ignoriert. Die choreatischen Bewegungen sind bei Unterredung stärker.

11. XI. Keine wesentliche Änderung. Zuckungen immer in gleicher Intensität. Hochgradige Ungeschicklichkeit. Fehlen jeden Reinheitsgefühles.

21. IV. 1914. Keine wesentlichen Änderungen. Höchstens hat die Ungeschicklichkeit beim Gehen noch etwas zugenommen. Patientin fällt öfter hin. Immer dasselbe tierische Schreien, wenn das Essen kommt und sie nicht gleich als erste ihren Teller bekommt: »Ich hab' Hunger, ich hab' Hunger!« Dabei erhebliche Verstärkung der Zuckungen.

10. VIII. In der letzten Zeit viel Abszesse an verschiedenen Körperstellen, die sie sich nicht verbinden läßt. Verfällt körperlich. Psychisch der gleiche Zustand. Stumpfheit, völlige Egozentrizität, namentlich in Bezug auf das Essen. Unbeherrschbare Gier nach dem Essen mit tierischem Schreien, wenn sie nicht in Menge zuerst bekommt, dabei keine Störung der örtlichen Orientierung. Erkennt den Arzt. Stehen und Gehen kann sie nicht mehr, wälzt sich auf ihrem Lager unruhig umher. Chorea unverändert.

24. VIII. Bisher (in den letzten Tagen) ist keine wesentliche Veränderung im körperlichen Zustand eingetreten. Patientin schreit sehr heftig und jämmerlich, wenn man ihr nicht schnell genug und reichlich Essen bringt. Noch am Abend ißt sie reichlich. Die Abszesse sind nicht verstärkt. Psychisch ist die Patientin in den letzten Monaten entschieden stumpfer geworden. Sie begrüßt nie

mehr so wie früher die Visite, bekümmert sich überhaupt um nichts, als um das Essen, hat für die Umgebung kein Interesse, zankt sich nicht mehr, erkennt aber den Arzt.

25. VIII. Befindet sich vom Morgen an in Coma, das über Nacht eingetreten ist. Die choreatischen Zuckungen sind ganz geschwunden. Auf Nadelstiche keine Reaktion. Ruhige, nicht röchelnde, etwas verlangsamte Atmung. Pulsverlangsamung (48—52), gleichzeitig bleibt Puls rhythmisch. Kühle Haut. Keine Hornhautreflexe. Am Nachmittag wird der Puls allmählich schwächer. Abends 6^{40} Uhr tritt der Exitus ein.

Therapie: Bromlösung und Arsenik mit Ferri pomat.

Epikrise:

Merkwürdigerweise fehlt bei dem 24jährigen Landmann die Heredität. Trotzdem dürfen wir an der Diagnose nicht zweifelhaft sein, da alle sonstigen Symptome, die für die Huntington'sche Chorea typisch sind, vorliegen:

Zuerst die Muskelstörungen, die so gering waren, daß sie Patient kaum bemerkte, und erst von seinen Eltern darauf aufmerksam gemacht werden mußte.

Sodann der sehr schleichende Verlauf. Erst nach sieben Jahren trat eine merkliche Verschlimmerung auf, insofern, als sich Zuckungen in der linken Backenmuskulatur einstellten. Jetzt traten auch die typischen Anfänge einer geistigen Störung auf. Er ist schweigsam, unfreundlich und zurückgezogen.

Trotz aller Therapie kommt keine Heilung, wohl aber ein Stillstand des Leidens zustande. Was die Prognose des Falles anlangt, so kann man sagen: Die Krankheit kann sich noch über Jahre, ja Jahrzehnte erstrecken, vorübergehende Besserung kann erreicht werden, trotzdem führt die Krankheit langsam, aber sicher zum Tode.

Der von E. Fiedler bereits zum Teil veröffentlichte Fall zeigt uns deutlich das Ende der Erkrankung. Hier bestehen hochgradige Zuckungen an der ganzen Körper-

muskulatur, verbunden mit einer zunehmenden, starken Demens. Die Erkrankung führte schließlich nach sechsjährigem Bestande zum Tode. Der Beginn im mittleren Lebensalter, der schleichende Verlauf, das Versagen jeder Therapie und endlich hochgradige Demens, lassen Zweifel an der Diagnose Huntington'sche Chorea nicht aufkommen.

* * *

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Siemerling für die freundliche Überlassung der Fälle und für mir in liebenswürdigster Weise gegebenen Ratschläge bei der Anfertigung der Arbeit meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Alsheimer, 1911, in dem Jahresberichte über die Leistungen und Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie. S. 735.

Binswanger und Siemerling, Lehrbuch der Psychiatrie. 1911, p. 289.

Blankenstein, I.-D., Würzburg 1893. Über Chorea chronica progressiva.

Emmer Dirk, I.-D., Ein Beitrag zur Casuistik der Chorea chronica progressiva (Huntington'sche degenerative Chorea). Kiel 1910/11.

Esser, I.-D., Berlin 1891. Über Huntingtonsche Chorea.

E. Fiedler, 1910, Beitrag zur Symptomatologie der Chorea Huntingtoni. Kiel.

Jaeger, I.-D., Kiel 1908. Ein Beitrag zur Chorea chronica progressiva.

Klampsmeyer, I.-D., Kiel 1902. Zur Lehre der Chorea chronica progressiva.

M. Levandowsky, Berlin 1911. Handbuch der Neurologie. S. 397—99.

Müller, Leo, in der deutschen Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1903, Bd. 23, p. 315.

Raecke, Münchener med. Wochenschrift 1910, p. 263.

Schincke, I.-D., Kiel 1903. Casuistischer Beitrag zur Chorea chronica progressiva.

Stahl, I.-D., Kiel 1914. Casuistischer Beitrag zur Chorea chronica progressiva.

Stier, in der Münchener med. Wochenschr. 1902, p. 770.

Struve, I.-D., Kiel 1908. Zur Casuistik der Chorea chronica progressiva.

Wollenberg, in »Nothnagels spezieller Pathologie und Therapie.« Bd. II, 2. Teil, III. Abteilung.

Lebenslauf.

Ich, Erich Fritze, evangelischer Konfession, wurde am 10. I. 1888 zu Quedlinburg als Sohn des verstorbenen Bankiers Hermann Fritze und seiner Frau Anna, geb. Knoke, geboren. Nach 3jährigem Besuch der Vorschule wurde ich auf dem dortigen Kgl. Gymnasium aufgenommen, das ich Ostern 1909 mit dem Reifezeugnis verließ. Ich begab mich alsdann zur Universität Bonn a/Rh., um dort dem Studium der Medizin obzuliegen. Dort blieb ich 3 Semester und bezog darauf die Universität Leipzig, wo ich November 1912 die ärztliche Vorprüfung bestand. Darauf besuchte ich die Universität Freiburg i/Br. Hier verbrachte ich die übrigen Semester. Nach Kriegsausbruch bestand ich die Notprüfung vor der Prüfungskommission der Universität Halle a/S., und erhielt am 8. X. 1914 die Approbation als Arzt.